

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

Trudności wychowawcze wieku dorastania

(Upbringing difficulties in adolescence)

J Kurasz^{1,A,D}, I Brukwicka^{1,B}, Z Kopański^{2,3,F}, R Kollár^{4,E}, M Kollárová^{4,C}, B Bajger^{3,B}, E Bojanowska^{2,B}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

Abstract— The authors have discussed the genetic, gender-related, environmental, climactic, and cultural factors that impact children's maturation. The emphasis is placed on the junior school period as a difficult time both for the child and the parents. The behaviour disorders and depressive behaviour that may accompany the period have been discussed.

Key words — upbringing difficulties, maturation process.

Streszczenie— Autorzy zwrócili uwagę na czynniki genetyczne, płciowe, środowiskowe, klimatyczne, kulturowe mające znaczenie w dojrzewaniu dziecka, podkreślili specyfikę wieku gimnazjalnego jako okresu trudnego, zarówno dla samego dziecka, jak i dla rodziców, omówili zaburzenia zachowania i zachowania depresyjne mogące towarzyszyć temu okresowi.

Słowa kluczowe — trudności wychowawcze, dorastanie młodzieży.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 15.01.2016.

WSTĘP

Dojrzewanie to całość przemian, którym podlega organizm dziecka, przeobrażając się w organizm osoby dorosłej. Zmiany te zachodzą jednocześnie w budowie zewnętrznej, wewnętrznej a także w psychice.[1-4]

Na dojrzewanie mają wpływ czynniki genetyczne, płciowe, środowiskowe, klimatyczne, kulturowe. Dojrzewanie biologiczne polega na zmianach w budowie zewnętrznej człowieka. Gwałtownemu wzrostowi ciała towarzyszy także powiększenie się narządów wewnętrznych: serca, płuc, nerek i innych. Dojrzewanie zostaje zakończone, gdy wszystkie narządy i układy są w pełni rozwinięte.

Dojrzewanie jest biologiczną fazą przechodzenia z etapu rozwoju dziecka do etapu człowieka dorosłego. To okres różnorodnych burzliwych przemian. Wszelkie zmiany dotyczą też oczywiście układu nerwowego.[4]

SPECYFIKA WIEKU GIMNAZJALNEGO

Wiek gimnazjalny, czyli okres między 13 a 16 rokiem życia jest trudny, zarówno dla samego dziecka, jak i dla rodziców. To czas kształtowania tożsamości, czas buntu. Okres ten uznawany jest za najtrudniejszy dla współżycia z otoczeniem. Rodzi się własna osobowość wychowanka. Towarzyszą temu procesowi liczne błędy np. mylenie intymności z zamknięciem w sobie, zastępowanie krytyki krytykanctwem, identyfikowanie wolności z robieniem tego na co ma się ochotę. Do tego dokłada się charakterystyczna w

okresie dojrzewania zmienność nastrojów i burza uczuć. [5]

Okres dorastania dzieli się na stadia rozwojowe charakteryzujące się odmiennymi zachowaniami, skłonnością do zachowań z obszaru ryzyka [6-12]:

- preadolescencja – z wyraźnie zaznaczonym dojrzewaniem fizycznym i narastającym napięciem popędowym. Pojawia się wrogość chłopców do dziewcząt, a dziewczęta preferują zachowania typowe dla chłopców (9 – 11 rok życia),
- wczesna adolescencja – łączy się z procesem oddzielania nastolatków od rodziców, pojawiają się lęki, samotność, ponad relacje z dorosłymi preferowane są relacje z rówieśnikami (11 – 12 rok życia),
- pełna adolescencja – nasilają się tendencje do uniezależnienia się od rodziców. Przy podejmowaniu decyzji ważniejsi są rówieśnicy. Następuje zmiana w sferze życia emocjonalnego, pojawiają się intensywne, labilne emocje. Młodzież w swym zachowaniu jest arogancka, buntownicza, lekceważy autorytety (12 - 17 rok życia),
- późna adolescencja – kończy się proces identyfikacji psychoseksualnej. W dążeniu do prawdziwego partnerstwa zmieniają relacje z dorosłymi i rówieśnikami (17 – 20 rokiem życia),
- okres poadlescencyjny – pojawia się poczucie siły, umożliwiające podejmowanie decyzji i realizację planów. Stabilizuje się poczucie własnej godności i szacunku do samego siebie (zazwyczaj po 20 roku życia).

Pierwsza faza dorastania (wiek 11 – 16 lat) charakteryzuje się ogólnym nie zrównoważeniem emocjonalnym, wyrażającym się w nadmiernej pobudliwości. Dorastający stają się drażliwi, niespokojni ruchowo. Dziewczęta często mają złe humory, są nadąsane, płacliwe. Chłopcy bywają agresywni, mają wybuchy złości. Zarówno dziewczęta jak i chłopcy cechuje zmienność motywacji.

Niezrównoważenie młodzieży w wieku dorastania przejawia się w pewnej anarchii życia psychicznego, w chaosie przeżyć i działań, w szybko po sobie następujących stanach: energii i lenistwa, radości i smutku, brawury i nieśmiałości, towarzyskości i pragnienia samotności.[10,13]

Z psychologicznego punktu widzenia wiek gimnazjalistów jest jednym z trudniejszych etapów rozwoju

człowieka. Jest czasem, w którym rozpoczynają się intensywne zmiany w kierunku stania się dorosłym.

Gimnazjaliści są grupą wyjątkowo podatną na zaburzenia procesów społecznych w tym przystosowawczych. Ci młodzi ludzie, tracący coraz częściej psychiczny i bezpośredni kontakt z rodzicami, niezrozumiani przez nauczycieli, „odcięci” od znanego środowiska szkoły podstawowej, w której do tej pory przebywali, usiłują się organizować sami. Czerpią często wzory z negatywnych subkultur młodzieżowych. Uczniowie, którzy utracili poczucie bezpieczeństwa w związku ze zmianą szkoły (nowe środowisko, inne normy i systemy wartości) usilnie walczą o pozycję w grupie rówieśniczej – co jest prawidłowością rozwojową – potrzebują w tym procesie pomocy i wsparcia z zewnątrz. Jeśli nieobecni są w tym procesie rodzice lub życzliwi i akceptowani nauczyciele, korzystają z pomocy rówiolołków. Najczęściej są to jednak kole-dzy o złej reputacji, wśród których krytykuje się rodzinę, szkołę. W takiej grupie często młodzi zaspokajają naruszone poczucie bezpieczeństwa.[14,15]

ZABURZENIA ZACHOWANIA

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), cechami świadczącymi o zaburzeniach zachowania są powtarzające się i utrwalone wzorce zachowania aspołecznego, agresywnego i buntowniczego [16]. Zachowania te powodują poważne przekroczenie oczekiwań i norm społecznych dla danego wieku. Wskaźnikami takich dysfunkcji są [4,5,13]:

- częste bójki,
- wargary, ucieczki z domu,
- tyranizowanie innych,
- kłamstwa,
- częste i gwałtowne napady złości,
- zachowania buntownicze i prowokacyjne,
- trwałe i poważne nieposłuszeństwa,
- podpalanie.

Jeśli zachowania te są dostatecznie silnie wyrażone oraz jeżeli pojawiły się w okresie dłuższym niż pół roku, wystarczają do rozpoznania zaburzeń zachowania.

Istotne jest aby zrozumieć, że zaburzenia zachowania nie zawsze mają jednakową etiologię. Niektóre mogą wynikać z problemów, z jakimi boryka się aktualnie rodzina. Mogą to być istotne wydarzenia w rodzinie jak np. rozwód rodziców, narodziny drugiego

dziecka, śmierć bliskiej osoby, problem alkoholowy w rodzinie. Są to sytuacje trudne dla dziecka i wówczas zaburzenia zachowania są odpowiedzią na nieadaptacyjne, względem jego potrzeb rozwojowych, funkcjonowanie rodziny. Inną przyczyną takich problemów mogą być praktykowane przez rodziców dysfunkcyjne metody wychowawcze. Szczególnie niebezpieczna jest forma przyzwalająca, przy czym niebezpieczeństwo tkwi w stosowaniu przez rodziców nieskutecznych metod określania zasad, do których dziecko powinno się dostosować.

Najczęściej popełniany błąd polega na tym, że w przypadku naruszenia ustanowionych przez rodziców zasad lub braku posłuszeństwa ze strony dziecka, formułowany jest jedynie komunikat werbalny (upomnienie, reprimenda, groźba itp.) i nie towarzyszy temu żaden akt empiryczny w postaci wyciągnięcia odpowiedzialnych konsekwencji. Rezultatem takiego postępowania jest brak możliwości zinternalizowania przez dziecko zasad, które określają to, czy też odbiega ono od normy wychowawczej.

Wymienione powyżej przyczyny mają swoje źródło w dysfunkcyjnych wartościach rodzinno-wychowawczych. Istnieją jednak przyczyny, których etiologia ma postać organiczną, a dokładniej neurofizjologiczną. Jednak wówczas rozważać należy jednostkę chorobową jaką jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej. [14]

ZACHOWANIA DEPRESYJNE

Depresja często mylona bywa ze smutkiem, od którego różni ją to, iż przekroczony zostaje punkt, gdy rozpoczyna się zubożenie na świat i niezdolność do działania. Według Kosslyn, Rosenberg, depresja to: „zaburzenie charakteryzujące się przynajmniej dwutygodniowym utrzymywaniem się obniżonego nastroju i brakiem zainteresowania niemal wszystkimi rodzajami aktywności, czemu towarzyszą zaburzenia snu lub łaknienia, utrata energii i poczucie beznadziejności.” W danych szacunkowych z 1990 roku została ona umiejscowiona na czwartym miejscu, na liście 150 najpoważniejszych zaburzeń zdrowotnych na świecie. [17,18]

Chociaż w większości przypadków depresja występuje wśród ludzi we wczesnych i średnich latach wieku dojrzałego, to jednak jej częstotliwość zdecydowanie wzrasta w wieku dojrzewania. Właśnie w tym okresie ujawniają się zależne od rodzaju płci różnice w częstotliwości pojawiania się tego zaburzenia. Potwierdzają to badania, które wykazują ilościowy

wzrost depresji u młodzieży (u dzieci 0,4-2,5% populacji, u nastolatków 5-10%) przy tym dwukrotnie częściej u dziewcząt niż u chłopców. Depresja młodzieńcza nierozdzielnie łączy się z trudnościami okresu adolescencji oraz zmianami rozwojowymi tej fazy. Szczególne znaczenie ma konfrontacja własnych możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny i najbliższego otoczenia jak również niepewność, czy sprawdzi się on w roli osoby dorosłej. Depresja powoduje głębokie zakłócenia funkcji psychicznych i fizycznych. Jej objawy występujące u młodzieży dość łatwo przeoczyć, ponieważ często maskowane są one drażliwością oraz agresją [19,20,21].

Do symptomów depresji młodzieńczej można zaliczyć [8,9,20,21]:

1. Zaburzenia nastroju - przejawiają się one najczęściej w obniżonym nastroju, smutku, chwiejności emocjonalnej.
2. Podwyższony poziom lęku - charakterystyczne dla młodych ludzi jest występowanie lęku przed przyszłością.
3. Zaburzenia sfery poznawczej, obejmujące:
 - problemy w obszarze nauki szkolnej (trudności w uczeniu się, zapamiętywaniu, skupianiu uwagi, brak wytrwałości w nauce),
 - niskie poczucie własnej wartości,
 - pewność o nieskuteczności własnych działań i nieuchronnym niepowodzeniu,
 - uczucie nudy, rutyny i niemożność znalezienia przyjemności.
4. Zaburzenia aktywności, które mogą być przejawiane przez:
 - wybuchy gniewu, złości, agresji,
 - trudności w rozpoczęciu wykonywania jakiś działań i łatwe męczenie się,
 - utrata dotychczasowych zainteresowań lub brak odczuwania przyjemności przy wykonywaniu tego, co zazwyczaj sprawiały radość,
 - zaburzenie systemów dobowych objawiające się m. in. trudnościami w porannym wstawaniu, późnym kładzeniu się spać, lepszym funkcjonowaniu w godzinach popołudniowych i wieczornych,
 - zaniedbany wygląd i brak dbałości o higienę osobistą.
5. Zaburzenia zachowania, które obejmują:
 - unikanie lub zaniechanie wykonywania czynności oczekiwanych od adolescenta (np. chodzenia do szkoły, podejmowania

obowiązków szkolnych, domowych i społecznych),

- zachowania niezgodne z normami społecznymi (np. eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi, chaotyczna i przypadkowa aktywność seksualna),
 - zachowania autodestrukcyjne, w tym zachowania samobójcze, samookaleczenia.
6. Dolegliwości somatyczne przejawiające się w skupieniu się na funkcjonowaniu własnego ciała, zgłaszaniu różnorodnych objawów nie mających potwierdzenia w badaniu lekarskim, spadku sprawności i złym samopoczuciu.

Zbyt późne lub niewłaściwe rozpoznanie objawów depresji u osób dorastających jest szalenie ryzykowne, ze względu na jej możliwe następstwa, jakimi są m. in. samobójstwa oraz próby samobójcze. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, iż liczba tego rodzaju następstw podnosi się z roku na rok. Szczególnie u młodych dziewcząt udane jak i nieudane próby samobójcze spowodowane są występującą depresją. Statystyki WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) wykazują, że samobójstwo zajmuje trzecie miejsce wśród przyczyn śmierci osób między 15 a 24 rokiem życia oraz czwarte między 10 a 14. Celowe odebranie sobie życia w młodości zazwyczaj nie jest popełniane pod wpływem nagłego impulsu, lecz stanowi zwieńczenie okresu zarówno wewnętrznej jak i zewnętrznej udręki. Większość młodych ofiar samobójstwa opisywała je lub rozmawiała o nim z innymi, dlatego tak ważne jest, aby uważnie słuchać i obserwować osobę zamierzającą odebrać sobie życie oraz jeśli to konieczne, podjąć szybką interwencję.[22,23]

Oprócz omówionych powyżej skrajnych następstw zaburzeń depresyjnych u młodzieży na uwagę zasługują również wszelkiego rodzaju akty autoagresji, które w ostatnich latach coraz częściej pojawiają się u depresyjnych adolescentów. Autoagresja (inaczej samouszkodzenie) to działanie polegające na celowym zadawaniu bólu bądź ran swojemu ciału, pozbawione intencji samobójczej, objawiające się np. okaleczaniem się, wyrwaniem sobie włosów czy połykaniem ciał obcych. [20,22]

PIŚMIENNICTWO

1. Obuchowska I, Jaczewski A. Rozwój erotyczny. Warszawa; Wyd. Akad. „Żak”, 2002.
2. Trawińska M. Dojrzwowanie społeczne. W: Jaczewski A, Woynarowska B. (red.) Dojrzwowanie. Warszawa; WSiP, 1982:207-268.
3. Jaczewski A.: Rozwój seksualny. W: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. WL PZWL, Warszawa 2000, 62-67.
4. Krawczyński M. Dojrzwowanie i dorastanie. Problemy i potrzeby zdrowotne i psychospołeczne. Ped Pol 1994; 69 (8): 581-587.
5. Kieciński Z, Śliwerski B. Pedagogika. Podręcznik akademicki. Warszawa; PWN, 2006.
6. Kawulka S, Brągiel J, Janke A. Pedagogika rodziny, obszary i panorama problematyki. Toruń; Wydawnictwo Adam Marszałek, 2007: 60-66.
7. Szymańczak G, Lishchynskyy Y, Kozłowska D, Kopański Z, Bruchwica I, Wojciechowska M. Profilaktyka i psychoterapia suicydentów. JPHNMR 2011;4:3-7.
8. Szymańczak G, Lishchynskyy Y, Kozłowska D, Kopański Z, Bruchwica I, Wojciechowska M. Psychospołeczne problemy samobójstw. JPHNMR 2012; 1:20-22.
9. Szymańczak G, Lishchynskyy Y, Kozłowska D, Kopański Z, Bruchwica I, Wojciechowska M. Zachowania suicydalne w zaburzeniach psychicznych. JPHNMR 2012; 2:16-19.
10. Szymańczak G, Lishchynskyy Y, Kozłowska D, Kopański Z, Bruchwica I, Wojciechowska M. Czynniki socjodemograficzne samobójstw. JPHNMR 2012;3:4-9.
11. Pawlak A, Krajewski P, Płoski R, Brzozowska M, Chojnacka I. Evaluation of the impact of various factors on the occurrence of a suicidal death – preliminary report. JPHNMR 2015; 1:73-77.
12. Gryniuk I.: Wspomaganie rozwoju u uczniów szkoły średniej jako próba przeciwdziałania patologii społecznej. W: Margasiński A, Zajęcka B. (red.) Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Kraków; Wydawnictwo Impuls, 2000: 64 – 65.
13. Obuchowska I. Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców. Warszawa; Wydawnictwo WSiP, 1996.
14. Obuchowski K. Psychologia dążeń ludzkich. Warszawa; PWN, 1983.
15. Obuchowska I. Drogi dorastania. Warszawa; WSiP, 2001.
16. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). www.icd10.pl/
17. MacKenzie R. Kiedy pozwolić, kiedy zabronić? Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2008.
18. Kosslyn S, Rosenberg R. Psychologia - mózg, człowiek, świat. Kraków; Wydawnictwo Znak, 2006.
19. Carson R. (red.) Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
20. Sęk H. Psychologia kliniczna. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006.
21. Namysłowska I. Psychiatria dzieci i młodzieży. W: Bilikiewicz A. (red.) Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1992: 362-382.
22. Radziwiłłowicz W, Sumiła A. (red) Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia. Kraków; Oficyna wydawnicza „Impuls”, 2006.
23. Zimbardo P. Psychologia i życie. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.